№ 6 WARSZAWA, CZERWIEC 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 6.— **Numer pojedyńczy Zł. 1.—**

№ 6. WARSZAWA, CZERWIEC 1939 ROK XI.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr HENRYK ZALCMAN.

O TRUDNOŚCIACH W ROZPOZNAWANIU SPRAW NOWOTWOROWYCH U OSOBNIKÓW Z WADAMI ZASTAWKOWYMI SERCA.

Kojarzenie się wady zastawkowej serca ze sprawą nowotworową w narządach wewnętrznych nie należy do rzadkości, mimo to jednak przypadki tego rodzaju przeważnie ujmowane są niewłaściwie i najczęściej nie zostają rozpoznane, względnie bywają rozpoznawane dopiero w daleko posuniętym okresie rozwoju sprawy nowotworowej.

Trudności rozpoznawcze wynikają tu przede wszystkim z utajonego przebiegu nowotworu pod maską niedomogi serca, niekiedy jednak błędna interpretacja zależna jest od właściwej umysłowi lekarskiemu tendencji sprowadzania wszystkich spostrzeganych objawów do wspólnego mianownika t. j. do następstw stwierdzonej wady zastawkowej. Ta korzystna na ogół dążność do wiązania poszczególnych ogniw w jeden przyczynowy łańcuch ma jednak i swoje ujemne strony, gdyż, zmniejszając czujność i spostrzegawczość, umożliwia przeoczenie względnie niewłaściwą ocenę niektórych objawów, których uchwycenie winno nasunąć przypuszczenie jakiejś dodatkowej sprawy chorobowej, całkowicie niezależnej od uprzednio już stwierdzonego schorzenia.

Poniżej omówione przypadki skojarzenia wady zastawkowej serca ze sprawą nowotworową uwydatniają zachodzące tu trudności rozpoznawcze i ich przyczyny.

Przypadek pierwszy dotyczy chorej J. C., lat 58, ze skargami na duszność, występującą nawet w spoczynku i zmuszającą chorą do spędzania zarówno dnia jak i nocy w pozycji siedzącej. U chorej rozpoznano początkowo niedomogę lewokomorową w przebiegu niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zastosowane jednak leczenie

nasercowe nie przyczyniło się w najmniejszej mierze do poprawy stanu chorej.

Przy badaniu przedmiotowym stwierdzono: znaczne wychudzenie, wybitną sinicę warg i śluzówki jamy ustnej, ilość oddechów około 40 na 1 min., na całej przestrzeni przedniej powierzchni lewej połowy klatki piersiowej stłumienie odgłosu opukowego ze znacznym osłabieniem szmerów oddechowych. W dolnych częściach płuc od tyłu brak objawów zastoinowych. W lewym dole pachowym kilka twardych niebolesnych, wielkości dużej wiśni, gruczołów chłonnych. Uderzenie koniuszkowe, podnoszące w 6-ym międzyżebrzu sięga 2 palce w lewo od lewej linii środkowo-obojczykowej, konfiguracja serca aortalna, w 2-im międzyżebrzu prawym lejący szmer rozkurczowy, słyszalny wzdłuż prawego brzegu mostka, akcja serca miarowa 88 na 1 min., tętno chybkie o średnim napięciu, ciśnienie krwi 160/75, odczyn Wassermana we krwi ++++.

Mieliśmy do czynienia z niedomykalnością zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej pochodzenia kiłowego, stan narządu krążenia przy braku uchwytnych objawów niedomogi lewokomorowej serca nie tłumaczył jednak tak wybitnej duszności i sinicy. Rozległe stłumienie w obrębie przedniej części lewej połowy klatki piersiowej z jednoczesnym osłabieniem szmerów oddechowych oraz obecnością powiększonych gruczołów chłonnych w lewym dole pachowym nasuwało uzasadnione przypuszczenie jakiejś dodatkowej sprawy chorobowej, toczącej się w obrębie lewego płuca względnie lewej opłucny. W różnicowaniu należało uwzględnić możliwość sprawy kiłowej lub nowotworowej. Rentgen klatki piersiowej wykazał rozległe zacienienie, obejmujące dolny płat oraz znaczną część górnego płata lewego płuca, przy czym cień nie wykazywał ostrego odgraniczenia od tkanki otaczającej. Badanie rentgenologiczne przemawiało za nacieczeniem nowotworowym płuca, celem jednak całkowitego upewnienia się co do istoty sprawy chorobowej, wycięto jeden gruczoł pachowy i dokonano badania anatomo-patologicznego, które wykazało utkanie rakowe. W przypadku tym sinica i duszność uwarunkowane były nie niedomogą lewokomorową serca, lecz rozległym nowotworem lewego płuca, zmniejszającym znacznie powierzchnię oddechową.

Niewłaściwa ocena zespołu objawowego, jako wyrazu niedomogi lewokomorowej w przebiegu niedomykalności zastawek półksiężycowatych tętnicy głównej, zależna była od skierowania całej uwagi na wadę zastawkową serca i wypływającej stąd chęci jednolitego ujęcia sprawy chorobowej, dzięki czemu przeoczono obecność stłumienia w lewej połowie klatki piersiowej oraz powiększenie gruczołów chłonnych w lewym dole pachowym.

Niewątpliwie objawy te przy braku wady zastawkowej serca ocenioneby zostały właściwie i przyczyniłyby się odrazu do wyjaśnienia istoty sprawy chorobowej.

Ferro-Biophytol

GĄSECKI

Nr. Reg. 1906

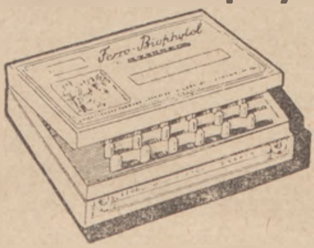
i

Ferrobiophytol c. arseno

GĄSECKI

Nr. Reg. 1907

»Ferro - Biophytol« jest to obojętna sól żelazowa kwasu inozytoszcściofosforowego o zawartości około $7^{0}/_{0}$ żelaza i $7^{0}/_{0}$ przyswajalnego koloidalnego fosforu. Produkowana jest w 2-ch postaciach: 1. kapsułek á 0,25, 2. proszku, mającego zastosowanie w recepturze.



Wskazania: Niedokrwistość, blednica, zołzy, brak łaknienia, niedostateczne odżywianie organizmu, gruźlica, niedorozwój, rekonwalescencja, przemęczenie fizyczne i umysłowe.

Sposób użycia: „Ferro-Biophytol" zażywa się w czasie posiłków, lub po jedzeniu.

Dorośli: 2 — 3 razy dziennie po 2 — 3 kapsułki.

Dzieci: 2 — 6 lat 1 — 2 kapsułki dziennie
6 —10 lat 2 — 4 „ „

Można kapsułki połykać lub też wysypać z nich zawartość na łyżkę ciepłego płynu (herbata, mleko, woda, zupa itp.) a następnie wypić.

Opakowanie: 1. Capsulae — 1 pud. zawiera 30 kaps. á 0,25.
2. Pulvis — 1 flakon zawiera 10,0 proszku do receptury.

Ferrobiophytol c. arseno — jak wyżej

Mokotowska Fabryka Chem.-Farm. A. Gąsecki i Synowie Sp. Akc.

w Warszawie, ul. Belgijska 7
Oddział chemiczny w Pruszkowie

Przypadek drugi dotyczy chorej M. B., lat 64, która od 2 tygodni uskarża się na znaczne osłabienie, duszność wysiłkową i uporczywy, suchy kaszel. Badanie obiektywne wykazało: bladość powłok skórnych i nieznaczną sinicę warg, w obrębie klatki piersiowej z tyłu po stronie prawej od połowy łopatki ku dołowi masywne stłumienie ze zniesieniem szmerów oddechowych, serce powiększone we wszystkich wymiarach o konfiguracji mitralnej, czynność całkowicie niemiarowa około 150 na minutę, nad koniuszkiem szmer skurczowy, promieniujący ku paszę, tętno niemiarowe, słabo wypełnione i napięte, ciśnienie krwi 105/65. Wątroba miękka, bolesna wystaje na 1 i pół palca z pod prawego łuku żebrowego. Brak obrzęków na kończynach dolnych. Na zasadzie powyższego zespołu objawów rozpoznano niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie niewyrównania, przy czym stłumienie w tylnym odcinku prawej połowy klatki piersiowej z jednoczesnym zniesieniem szmerów oddechowych uzależniono od obecności płynu przesiękowego w prawej opłucnej. Chorej zalecono Digitalinę w dawce 15 kropel dziennie podjęzykowo, po 4 dniach czynność serca stała się całkowicie miarową przy jednoczesnym zwolnieniu do 76 na minutę, stłumienie po stronie prawej utrzymywało się na tym samym poziomie, chora nadal odczuwa duszność i kaszle. Po wstrzyknięciu 1 cm^3 Novuritu diureza nie zwiększyła się. Brak subiektywnej poprawy, mimo umiarowienia się i zwolnienia czynności serca, utrzymywanie się stłumienia prawostronnego w obrębie klatki piersiowej oraz brak wyniku po wstrzyknięciu Novuritu, nasuwały wątpliwości co do słuszności ustalonego pierwotnie rozpoznania i skłaniały do przypuszczenia obecności odrębnego schorzenia, toczącego się w obrębie prawej połowy klatki piersiowej. Celem potwierdzenia tej hypotezy, dokonano nakłucia opłucny i wydobyto około pół litra krwawego, jednolicie zabarwionego płynu; po wypuszczeniu płynu chora nie odczuwała najmniejszej ulgi, stłumienie zmniejszyło się wprawdzie o 3 cm, nadal jednak stwierdzało się w tym odcinku zupełny brak szmerów oddechowych. Obecność krwawego płynu w opłucnie, brak szmerów oddechowych i ulgi oraz utrzymywanie się stłumienia po nakłuciu przemawiały jednoznacznie za sprawą nowotworową w obrębie prawej opłucny. Dokonane następnego dnia po nakłuciu prześwietlenie klatki piersiowej wykazało w prawej połowie w dole obecność półkolistego cienia o szerokiej podstawie, odpowiadającego najprawdopodobniej śródbłoniakowi opłucny.

W omówionym przypadku niedomykalność zastawki dwudzielnej nie miała żadnego poważniejszego znaczenia, dolegliwości chorej i stan przedmiotowy zależały głównie od rozwijającego się nowotworu opłucny, który najprawdopodobniej spowodował na drodze odruchowej wystąpienie migotania przedsionków. Właściwa ocena przypadku w początkowym okresie była jednak nader trudna, gdyż wszystkie uchwytne objawy zręcznie maskowały niewydolność krążenia w przebiegu niedomykalności za-

stawki dwudzielnej i dopiero dalszy rozwój sprawy chorobowej podważył pierwotne ujęcie i wyjaśnił ostatecznie istotę zagadnienia.

Przypadek trzeci dotyczy chorej S. K., lat 58, ze skargami na ogólne osłabienie i duszność wysiłkową. Przy badaniu przedmiotowym stwierdzono: w zakresie narządu krążenia powiększenie wszystkich wymiarów serca i konfigurację mitralną, czynność serca miarowa 96 na minutę, nad koniuszkiem szmer skurczowy i rozkurczowy, akcentuacja 2 tonu nad tętnicą płucną, tętno miarowe, słabo wypełnione i napięte, ciśnienie krwi 125/75. Wątroba i śledziona niemacalne, w jamie brzusznej stwierdza się obecność wolnego płynu. Rozpoznano zwężenie lewego ujścia żylnego i niedomykalność zastawki dwudzielnej w okresie niewyrównania i zastosowano doodbytniczo naparstnicę oraz wstrzyknięto kilkakrotnie w odstępach 6 — 7 dniowych domięśniowo dehydrit. Leczenie to nie odniosło żadnego skutku, na nakłucie zaś jamy brzusznej, nader ważne dla celów leczniczych i rozpoznawczych, chora nie chciała się zgodzić.

Wobec braku poprawy po zastosowaniu środków nasercowych i moczopędnych zaczęły się budzić wątpliwości co do słuszności koncepcji o niedomogowym pochodzeniu płynu w jamie brzusznej; mimo braku jakichkolwiek objawów ze strony narządów rodnych, zalecono dokonanie badania ginekologicznego, które wykazało obecność w trzonie macicy nowotworu złośliwego.

Wykonana w parę tygodni później autopsja wykazała nacieczenie nowotworowe otrzewny, które wyjaśniało całkowicie pochodzenie płynu w jamie brzusznej.

W przypadku powyższym przyczynę błędnej interpretacji stanowił utajony przebieg raka trzonu macicy bez objawów ze strony narządów rodnych.

Powyżej przedstawione przypadki nie dają wprawdzie wyraźnych wytycznych, umożliwiających rozpoznanie sprawy nowotworowej u osobników z wadami zastawkowymi serca, nie są one jednak pozbawione wartości, gdyż nakazują znaczną ostrożność w zbyt pohopnym rozpoznawaniu niewydolności krążenia u osobników z wadami zastawkowymi.

Przyjęcie jako zasady, że rozpoznanie niedomogi serca winno być postawione dopiero po wszechstronnym rozważeniu towarzyszących objawów, przyczyni się niewątpliwie do zmniejszenia ilości nierozpoznanych względnie późno rozpoznanych przypadków tego rodzaju.

Dr. P. HERYNG.

LECZENIE TESTOSTERONEM.

Żadna z dziedzin medycyny nie jest tak płodną w odkrycia i tak bogatą w prace doświadczalne, jak endokrynologia, która w ostatnich 20 latach osiągnęła wybitny rozwój.

Literatura o gruczołach wewnętrznych wzbogaca się z dnia na dzień i jest rzeczą niezmiernie trudną dla lekarza-praktyka objąć w całości dzisiejszy jej zakres, który jeszcze w dniu poprzednim był i tak bardzo obszerny. Pomimo tysięcy prac i badań, należy zaznaczyć, że teoria i hipotezy w dziedzinie czynności gruczołów dokrewnych zajmują jeszcze dominujące miejsce i że zastosowanie w praktyce tych odkryć endokrynologicznych jest jeszcze dalekie od doskonałości. Jesteśmy w okresie bardzo płodnych „perspektyw" — powiedział profesor Parhon z Bukaresztu w r. 1939 w swojej świetnej pracy o gruczołach dokrewnych, gdzie autor w sposób doskonały wykazuje olbrzymią rolę gruczołów dokrewnych w historii rozwoju ludzkości, w pedagogii, w kriminologii, w polityce, jednym słowem we wszystkich zjawiskach życia. Gruczoły dokrewne stanowią bowiem podłoże życia zwierząt i ludzi. Prace nad nadzwyczaj zawiłą i dość tajemniczą rolą gruczołów dokrewnych w ustroju wykazują jednak współzależność jednych gruczołów od drugich. Zmiana w jednym z gruczołów pociąga za sobą natychmiast zmiany w innych gruczołach, wykazując stan chwiejny ustroju i pociągając za sobą liczne niedobory i niedomagania przed którymi lekarz staje często bezradny, właśnie z powodu małej znajomości działania gruczołów dokrewnych.

Jednym z gruczołów, któremu poświęcono ostatnio tysiące prac i któremu przypisano rolę „kierującą" wszystkimi innymi gruczołami, jest przysadka. Żadnemu innemu gruczołowi ustroju nie przypisuje się tak ważnej roli. W gorączce odkrywczej, badacze przysadki dowodzili, że wydziela ona około 20 hormonów, obecnie po pewnym odprężeniu w tej dziedzinie, zaczyna się ustalać pogląd, że wydziela ona ich nie więcej jak 2 — 3.

W przeciwieństwie do niezliczonych badań nad przysadką, prace nad jądrami posuwały się niemal żółwim krokiem, chociaż od niepamiętnych czasów były fascynującym magnesem do dociekań i badań. Rola ich w dziedzinie seksualno-płciowej znana jest u wszystkich bez wyjątku narodów świata. Poczynając od kultu oddanego w starożytności Phallusowi, kultowi, któremu towarzyszyły liczne obrzędy publiczne, oddające hołd częściom płciowym, a przechodząc przez obyczaje licznych dzikich narodów, które jeszcze dzisiaj uważają za święty obowiązek spożycie przez pana młodego jąder wołu czy byka zabitego w dniu ślubu, dochodzimy do dziewiętnastego wieku, kiedy to medycyna zaczyna pier-

wsze badania nad gruczołami dokrewnymi właśnie od jądra, w którym dowiedziono istnienie wydzielania wewnętrznego.

Doświadczenia *Bertholda* w r. 1849 z przeszczepieniem jąder wytrzebionemu kogutowi stanowi zalążek endokrynologii doświadczalnej. Prace *Brown-Sequarda* w latach 1869 — 1889 wykazały, że gruczoły dokrewne wydzielają substancje konieczne do rozwoju i do życia. Szczególnie pracował ten autor nad jądrami, o których mówił, że są siedliskiem młodości, hartu, siły i potencji płciowej. Brown-Sequard sam sobie wstrzykiwał wyciągi jądrowe (1889), chcąc dowieść swojej teorii. Od tej chwili datują się właściwie prace naukowe nad gruczołami dokrewnymi wogóle, a nad jądrami w szczególności.

Wbrew tym wczesnym początkom i znanym wszystkim operacjom Woronowa, dopiero w ostatnich latach udało się wyodrębnić hormon jądrowy. Odnośnie doświadczeń Woronowa, przypomnijmy nawiasem, że słynne te operacje, polegające na przeszczepieniu jąder małp ludziom w celu przywrócenia im siły hartu, młodości i potencji płciowej, nie spełniły pokładanych w nich nadziei. Nie mówiąc już o niesłychanej cenie tych eksperymentów, przeszczepienia te przywracały najwyżej siły na przeciąg 6 miesięcy, po czym pobudzenie fizjologiczne ustaje i operację należy powtórzyć i to nie zawsze z tym samym powodzeniem. Praktycznie więc przeszczepianie jąder nie może być stosowane. Idealną metodą leczenia niedoboru hormonalnego jąder byłoby stałe lub czasowe podawanie hormonu jąder, tego hormonu, któremu przede wszystkim przypisuje się własności seksualne-płciowe. Ale tego właśnie czystego hormonu do ostatnich lat nie odkryto. Za najlepszy przetwór jądrowy uważano i jeszcze się słusznie uważa całkowity wyciąg z jąder znany pod nazwą Androstina.

Zasługa odkrycia hormonu męskiego w postaci krystalicznej przypada *Butenandtowi i Tscherningowi,* którzy w roku 1931 wyodrębnili go z moczu mężczyzny. 15 mlg hormonu nazwanego *androsteronem* uzyskali oni z 25 litrów moczu. Syntezę jego zrobił *Ruzicka* w r. 1934.

Androsteron wydawał się jedynym hormonem płciowym męskim, tak, że Komisja międzynarodowa standaryzacji w Londynie pośpieszyła się i w lipcu 1935 r. przyjęto 1 mg tego ciała jako jednostkę międzynarodową. Ale w czerwcu tegoż roku *Laqueur, David, Dugemause* i *Freud* wyodrębnili z *jąder* byków w czystej chemicznej postaci substancję bardziej czynną, nazwaną przez nich *testosteronem.*

We wrześniu 1935 r. *Butenandt i Ruzicka* zrobili syntezę tego hormonu z cholesterolu. Stąd pochodzi też nazwa Testo-andro-steron.

Badanie *doświadczalne* na zwierzętach wykazały, że: 1) testosteron przywraca do normalnego stanu narządy płciowe zwierząt kastrowanych, 2) testosteron powoduje u zwierząt niedojrzałych szybkie dojrzewanie płciowe i rozwój wtórnych cech płciowych, 3) testosteron zachowuje się jak prawdziwy antagonista hormonu żeńskiego. Zapobiega on działa-

niu folikuliny i usuwa zmiany, które folikulina wywołuje w okolicy ujścia gruczołu krokowego, 4) testosteron działa na przedni płat przysadki, hamując jego wydzielanie.

W ostatnich czasach wykonano szereg dokładnych badań nad działaniem wyciągu z jąder na *przemianę materii*. Do dawniejszych badań nad ich wpływem lipodieretycznym dołączyły się badania nad ich wpływem na poziom wapnia, cholesterolu, równowagę ciał białkowych i tłuszczowych w surowicy krwi.

Poza tym wyciągi z jąder powiększają wydzielanie mocznika i zmniejszają wydzielanie wody. U chorych *cukrzycowych* pod ich wpływem zmniejsza się wydzielanie moczu, zmniejsza się glikozuria i opada poziom cukru we krwi. Jak działa hormon jądrowy na glikemię? Od dawna wiadomo, że po wytrzebieniu powiększa się przysadka, szczególnie jej komórki zasadochłonne. Otóż hormon płciowy albo hamuje wpływ przysadki, albo podrażnia wysepki Langerhansa.

Wskazania do leczniczego stosowania testosteronu oparte są też na doświadczeniach klinicznych:

1. Wpływ testosteronu u dzieci i młodzieży niedorozwiniętej.

a) Testosteron rozwija narządy płciowe zewnętrzne, członek powiększa się szybko we wszystkich rozmiarach, a moszna nabiera normalnego kształtu wiszącego, szczególnie u dzieci niedorozwiniętych, dotkniętych hipoplazją płciową (Hirtz-Raoul). Jądra zaś rzadko zwiększają swoją objętość, nawet jeżeli ich konsystencja staje się twardsza. b) Testosteron pobudza prędko cechy płciowe wtórne w opóźnionym pokwitaniu *(Lotte, Mollard, Antonelli).* c) Testosteron wywołuje szybki wzrost wagi u osobników chudych, ale u chorych dotkniętych *dystrofią tłuszczowo-płciową (Apert)* tłuszcz szybko zanika na piersiach, biodrach, pod pękiem i na spojeniu łonowym, wzrost zaś zwiększa się o 1—2 cm; jednocześnie wzrasta u nich siła mięśni. d) Testosteron świetnie pobudza *stan psychiczny* młodzieży niedorozwiniętej. *Miescher, Tschopp, Bize, Morricard* zaobserwowali, że chorzy ci nabierają chęci do życia, do ruchu, do pracy, do walki, zdolność do myślenia, pewność siebie, stają się silniejszymi, wzmaga się ich rozwój intelektualny, poprawia się pamięć, ale pobudliwość płciowa nie wzrasta. e) Według autorów francuskich testosteron nie działa nigdy na *wnętrostwo,* ale *Bauer, Koch i Hamilton* mieli kilka dobrych wyników, stosując hormon jądrowy w tym schorzeniu.

Jordan i Karr mieli nawet doskonałe wyniki, stosując testosteron we wnętrostwie. Tłumaczą oni jego działanie w następujący sposób: hormon gonadrotopowy przysadki pobudza dojrzewanie i przyczynia się do zstąpienia jąder. Ale w tych przypadkach jądro wykazuje zmiany zanikowe. Otóż według tych autorów, czynnikiem pobudzającym jego rozwój jest testosteron. A ponieważ hormon jądrowy wywiera hamujący wpływ na

przedni płat przysadki mózgowej, należy stosować oba hormony, gonadotropowy i jądrowy. Testosteron zwiększa tedy wrażliwość jądra na działanie hormonu gonadotropowego a dodatek ostatniego znosi hamujący wpływ testosteronu na przysadkę. Czy ta teoria jest wiarogodna, pokaże przyszłość. W każdym razie tą metodą uzyskali autorzy u dzieci w ciągu 3 — 4 miesięcy całkowite zstąpienie jąder połączone z rozrostem. Sam bowiem hormon gonadotropowy stosowany uprzednio — zawiódł. Wstrzykiwali oni 2 razy tygodniowo po 5 mg. Testovironu.

II. Wpływ testosteronu u dorosłych i starszych osobników.

A. *Eunuchoidyzm (Villaret, Justin-Besançon).* U osobników fizjologicznie wytrzebionych po 20 dniach leczenia, narządy płciowe rozwijają się, głos staje się grubszy, gruczoł krokowy staje się macalny, charakter energiczniejszy. Ale przerwanie leczenia przywraca wszystkie dawne zaburzenia, które ustępują po ponownym podjęciu leczenia. Dawka dzienna testosteronu 20 — 25 mg.

B. *Niemoc płciowa:* Zupełna potencja składa się z libido, erekcji, orgazmu i ejakulacji, a impotencja jest to brak reakcji narządów płciowych na powyższe czynniki, z tym jednak, że pomimo impotencji. libido może jeszcze często występować. Potencja nie jest prostą czynnością jąder, lecz powstaje przy współudziale innych gruczołów dokrewnych i układu nerwowego. Z gruczołów dokrewnych, *jądro* wydaje się odgrywać główną rolę, chociaż popęd płciowy jest składową częścią ogólnego temperamentu. Popęd płciowy jest uważany fizjologicznie za czynność kory mózgowej. Istnieje zależny od siebie stosunek czynnościowy płynący od kory mózgowej, jako miejsca powstawania uczuć i obrazów erotycznych, przez gruczoły dokrewne do narządów płciowych. Z drugiej znów strony ośrodki rozszerzające naczynia, a biorące udział w erekcji znajdują się w rdzeniu. Z powyższego wynika, że potencja jest rezultatem współdziałania trzech schematycznych czynników: a) działania psycho-nerwowego, które wykorzystuje, b) pobudliwość hormonalną i c) zdolność wypełnienia ciał jamistych, jako swych wyrazicieli obrazów wzbudzonych centralnie.

Jest rzeczą zrozumiałą, że dla normalnego przebiegu czynności płciowych konieczne są normalne drogi nerwowe i normalna czynność gruczołów dokrewnych a szczególnie jąder. Zaburzenia zaś potencji mogą powstać w jednym z tych odcinków. Jeśli przyjmiemy jeszcze pod uwagę, że czynność hormonu zależy od witamin i od koncentracji jonów — równowagi kwasowo-zasadowej, zależnej czy pobudzonej przez układ wegetatywny, to zobaczymy, jaki skomplikowany jest mechanizm napięcia ośrodków seksualnych. Pod wpływem różnych przyczyn — masturbacji, ekscesów płciowych, urazu psychicznego, następuje wyczerpanie ośrodków obwodowych i centralnych. Cóż może w tych wypadkach pomóc

testosteron? Otóż mimo dodatnich doświadczeń u zwierząt hormon jądrowy zdaje się nie wpływać na niemoc płciową u mężczyzn, dlatego że testosteron nie rozwija i nie pobudza zanikłej czynności jąder, które są najważniejszym narządem potencji płciowej, oraz potencja, jak już powiedzieliśmy wyżej, jest wynikiem czynników, na które sam hormon jądrowy nie wpływa. *Bashammer i Foss* podają, że po zastosowaniu 10 mg testosteronu tygodniowo, uzyskali powrót popędu i czynności płciowej, ale tylko w niemocy nerwowej (wytrysk przedwczesny). Autorzy ci twierdzą, że testosteron nie daje ani zwiększonego pożądania ani wzwodu. Jest rzeczą możliwą, że autorzy ci mieli jakieś wyjątkowo podatne przypadki, gdyż ogólna opinia lekarzy jest raczej pesymistyczna, jeżeli chodzi o wyniki leczenia testosteronem niemocy płciowej.

C. *Okres przekwitania.* W okresie rozwijających się zmian wstecznych w obrębie gruczołów męskich płciowych, rozwija się klinicznie obraz wypadnięcia czynności dokrewnej jąder: zmniejszają się potencja i libido. Libido u mężczyzn jak już mówiliśmy wyżej, utrzymuje się często bardzo długo po wygaśnięciu potencji. U mężczyzn okres przekwitania zaczyna się w 50 — 52 roku życia. Otóż okres przekwitania u mężczyzn wywołuje szereg objawów takich jak: ogólną nerwowość, chwiejność usposobienia, skłonność do gniewu, płaczu i przygnębienie, osłabienie pamięci i zdolności do skupienia uwagi, ogólne obniżenie napędu życiowego, pragnienie samotności. Stwierdza się też czasami uderzenie krwi do głowy, nadmierne poty, dreszcze, kołatanie serca, duszność po wysiłku, zawroty głowy, woreczki pod oczami, uczucie drętwienia, ziębnięcie w kończynach, łatwe męczenie się i płytki sen.

Otóż testosteron działa nadzwyczajnie u osób starszych w okresie ich przekwitania męskiego *(Maranon)* to znaczy w stanach początkowej lub już zupełnie obniżonej wydolności fizycznej i intelektualnej. Badania *Kochakiana* wykazały, że w moczu ludzi młodych znajduje się 6 — 8 jednostek androsteronu, a u ludzi starszych 2 — 3 jednostki.

Po podaniu testosteronu, wszystkie starcze objawy ustępują niezmiernie szybko. Utrata pamięci, osłabienie fizyczne i umysłowe, osłabienie mięśni, ustępują zupełnie. Ludzie ci, jeżeli byli wychudzeni, przybierają na wadze. Budzi się w nich chęć do życia. *Werner* podaje dawkę dzienną wynoszącą 5 mg lub 10 mg co 2-gi dzień przez 1 miesiąc, po czym dawki zmniejsza.

D. *Przerost gruczołu krokowego.* Doświadczenia wykazały, że u jednostek młodych po wytrzebieniu gruczoł krokowy przerasta. *Laquer* wykazał, że można zapobiec powiększeniu stercza przez wstrzykiwania testosteronu. Ponieważ w warunkach klinicznych przerost gruczołu krokowego występuje u ludzi starszych w okresie zmniejszenia się wydolności płciowej, przypuszczano, że przyczyną tego schorzenia jest zmniejsze-

nie wydzielania jąder, które pociąga za sobą z kolei wzrost ilości hormonu gonadotropowego i hormonu żeńskiego.

Laqueur pierwszy, a po nim inni zastosowali więc testosteron w zastrzykach w ilości od 5 do 10 mg dziennie z tym przeświadczeniem. że nastąpi zmniejszenie gruczołu. Okazało się jednak prędko, że w rzeczywisto-testosteron wpływa tylko na *objawy czynnościowe* tego schorzenia. *(Chamby. Coujard, Guy Laroche, De Gennes),* po podaniu testoseronu zmniejsza się obrzęk i przekrwienie, wzmaga się napięcie mięśni zwieracza pęcherza, polakiuria nocna, trudności w oddawaniu moczu i bóle ustępują. Resztki moczu w pęcherzu znikają. Oddawanie moczu jest obfitsze i rzadsze. Cewnikowanie chorych, cierpiących na zatrzymanie moczu i zaleganie staje się rzadsze. Siły i waga wzrastają u nich, ale sam gruczoł *nie* zmienia się. Jednak to co robi testosteron jest już bardzo dodatnim objawem. Czasami ta poprawa ratuje chorego od śmierci a często przygotowuje go do lepszego zniesienia operacji. *(Champy, Cuneo, Dossot, Cassal, Cavy, Michot).*

W *przewlekłym zapaleniu gruczołu krokowego,* gdzie stwierdza się przekrwienie, bóle, kłucia itd. *Charvin* donosi, że testosteron usuwa stan zapalny i wszystkie inne objawy chorobowe.

E. Astenia.

Larmusier i *Gorny* stosowali testosteron w *neurastenii* i *psychastenii* oraz *astenii* pochodzenia neuro-wegetatywnego *(Schechter, Parhon).*

W pierwszej grupie testosteron działa szczególnie korzystnie na chorych cierpiących na stałe uczucie zmęczenia fizyczngeo i duchowego, na chorych niepewnych, dla których każda czynność połączona jest z uczuciem ciężaru. W drugiej grupie na tych, u których pod wpływem zaburzeń równowagi wegetatywnej występują zaburzenia czynnościowe ze strony różnych narządów. Autorzy podają w tych schorzeniach po 5 mg. testosteronu dziennie. U tych mężczyzn testosteron wpływać może też na stan czynnościowej niewydolności narządów płciowych, często u nich spotykanej. Równowaga płciowa powraca, kiedy ich stan psychiczny poprawia się. Po testosteronie stwierdza się u tych chorych polepszenie nastroju, zwiększoną zdolność do pracy, lepszą pamięć, zwiększenie napięcia mięśni itd.

F. Nerwice naczynioruchowe, skurcze naczyń kończyn, skurcze tętnic wieńcowych.

Wypróbowano testosteron w tych stanach i kilku autorów napisało entuzjastyczne prace o wpływie testosteronu na te schorzenia. Doniesienia te są zbyt skąpe, aby można było już sobie wyrobić o nich pojęcie. Dawki 5 mg. dziennie.

G. Wyprysk i świąd starczy.

W pewnych postaciach przewlekłego wyprysku oraz w pruritus seni-

lis, *Darier, Vallon, Hamburger* stosowali testosteron z wynikiem zadawalającym.

H. Złamanie kości u ludzi starszych.

W przypadkach trudno gojących się złamań kości u mężczyzn w starszym wieku stosowanie Perandrenu — przeszło wszelkie oczekiwanie. Propionian testosteronu jest według R. Mosti środkiem nadzwyczaj skutecznym, który przyspiesza zrastanie się kości nawet w takich przypadkach, w których inne sposoby leczenia przez całe miesiące nie dawały wyniku.

I. Leczenie przed i po operacyjne.

Propionian testosteronu ma działanie tonizujące na cały organizm. Dlatego stosowanie Perandrenu jest wskazane jako przygotowanie do operacji i jako leczenie wzmacniające po operacjach.

J. Otyłość.

Ogólnie wiadomo, że zdrowy mężczyzna, u którego funkcja płciowa jest nienaruszona, nie posiada prawie wcale tkanki tłuszczowej. Brak tej tkanki przypisuje się normalnej czynności jąder. Otóż te własności lipodieretyczne hormonu jądrowego wyzyskano w otyłości, stosując testosteron. Schorzenie to jest jednak zależne od niedomogi wielogruczołowej.

K. Niedomoga nadnerczy.

Ostatnio autorzy szwajcarscy wyodrębnili z kory nadnerczy hormon, posiadający wszystkie własności hormonu jądrowego. Z drugiej strony *Siradjian, Potenger, Siminonsen* pobudzali aparat płciowy samców przez wstrzykiwania wyciągu kory nadnerczy. Działanie tego hormonu na układ płciowy samców staje się obecnie zrozumiałe, gdyż ostatnie badania wykazały, że budowa chemiczna hormonu jądrowego i korowego jest bardzo spokrewniona. Powyższe odkrycia skłoniły Maranona do zastosowania testosteronu w niedomodze nadnerczy. Prace nad tą terapią są jeszcze w toku.

(Dokończenie nastąpi)

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

M. R. MATHEY-CORNAT. *Przeciwzapalne działanie promieni roentgenowskich. Wyniki kliniczne.* (Presse Med. N. 27 r. 1939).

Radioterapia znajduje obecnie szerokie zastosowanie w schorzeniach zapalnych skóry (czyraczność, grzybice, pyodermie itp.), w komplikacjach stomatologicznych (osteoperiostity, flegmony szyjne) i laryngologicznych (zapalenie migdałków, ropnie migdałków, zapalenie zatok), oraz w schorzeniach narządów płciowych męskich i żeńskich. Nie wolno jednak zapominać, że leczenie to wymaga stosowania jednoczesnego zabiegów miejscowych, leczenia szczepionkowego itp. W schorzeniach laryngologicznych

należy stosować naświetlania dwiema drogami: przez jamę ustną i od wewnątrz. Dawka wynosi od 50 — 100 r. na seans. Nie należy stosować dawek zbyt dużych i naświetlań zbyt częstych. Naświetlania roentgenowskie nie stanowią przeszkody do zastosowania następczego zabiegu chirurgicznego. W stomatologii również uzyskano bardzo dobre wyniki. Należy jednak pamiętać, że samo naświetlanie nie wystarcza i że konieczne jest równoczesne usunięcie ogniska infekcji. Jeśli chodzi o schorzenia narządów płciowych kobiecych, to tutaj należy zawsze wziąść pod uwagę wiek chorej. Najlepsze wyniki dają te dawki, które wywołują jednocześnie przejściową sterylizację (20 — 30% dawki rumieniowej, co wynosi 120 — 180 r. na każde pole, 40 — 60 r. na jajnik w 3 — 4 seansów, nie przekraczając 150 — 200 r. na każde pole tj. 50 — 70 r. na jajnik). Heidenhein i Fried stosowali dawki jeszcze mniejsze, nie wywołujące sterylizacji (90 r. ogółem na każde pole). U kobiet w okresie przedklimakterycznym należy stosować dawki, wywołujące sterylizację, ta bowiem metoda daje najlepsze wyniki. W przypadkach gruźlicy narządów płciowych należy wziąść pod uwagę wpływ miesiączki na przebieg ciepłoty, stan ogólny, wpływ leczenia klimatycznego, rodzaj i umiejscowienie zmian i stan układu pokarmowego. Najlepsze wyniki dają postacie podostre, przy braku zmian w jelitach i przy umiejscowieniu procesu gruźliczego w przypadkach, o ile wahania ciepłoty wiążą się z cyklem miesiączkowym. W tych przypadkach należy stosować energicznie dawkę kastracyjną.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

MUSSIO FOURNIER, J. MAORATO-MANARO i A. ALBRIEUX. *Działanie miejscowe hormonów.* (Presse Med. N. 42 r. 1939).

Badania wykazują, że preparaty hormonalne mogą być stosowane nie tylko drogą doustną lub w postaci zastrzyku, lecz również znajdują zastosowanie jako pasty i maści, dzięki bezpośredniemu wchłanianiu się przez skórę lub śluzówki. Dotyczy to w pierwszym rzędzie hormonów płciowych. Autorzy uzyskali bardzo dobre wyniki, stosując naskórnie follikulinę w przypadkach nadmiernego uwłosienia u kobiety z nieregularnym miesiączkowaniem oraz w przypadkach acne juvenilis. W przypadku uporczywej leukoplakii z owrzodzeniami i swędzeniem, follikulina zastosowana w postaci pomady dopochwowo doprowadziła w szybkim tempie do zupełnego wygojenia i ustąpienia objawów swędzenia, Zondek i inni wykazali, że wchłanianie follikuliny przez skórę jest lepsze, o ile zastosuje się odpowiednie rozpuszczalniki (np. alkohol 96°). Podobnie korzystne wyniki uzyskali autorzy, stosując hormon melanoforowy w postaci zastrzyku doskórnego u chłopca z vitiligo. Działanie miejscowe hormonu ciałka żółtego służyło autorom jako test do szybkiego wykrywania tego hormonu. Zastrzyknięcie domaciczne progoestronu, po częściowej

amputacji macicy, wywołuje wybitne zmiany przedciążowe w śluzówce tego narządu Działanie lokalne hormonu męskiego na grzebień koguta skastrowanego stanowi test, służący do oznaczania ilościowego tego hormonu. Tak więc wchłanianie się hormonów przez skórę i śluzówki może mieć bardzo duże znaczenie praktyczne.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

R. MOSTI. *Hormonalne leczenie przerostu gruczołu krokowego.* (Gazetta Medica Italiana, Nr. 7, 1938 r.).

Twierdzenie, że przerost gruczołu krokowego jest pochodzenia hormonalnego, było powodem różnych prób leczniczych: obustronnej kastracji, przeszczepiania jąder, wycięcia kanalików odprowadzających i podwiązania ich. Żadna z tych metod leczniczych nie doprowadziła do zmniejszenia przerosłego gruczołu. Właściwa terapia rozpoczęła, się, gdy ukazały się wyciągi z jąder. Między nimi szczególne znaczenie ma Androstina, wskutek biologicznie kontrolowanej czynności.

Większość swoich prób autor przeprowadził za pomocą Androstiny, stosował również Perandrenę i to nie tylko przy przeroście gruczołu krokowego, ale przede wszystkim w przypadkach trudno gojących się złamań kości u mężczyzn w starszym wieku. Chociaż badania są jeszcze nieukończone, można już powiedzieć, że skutek przechodzi wszelkie oczekiwania. W Perandrenie posiadamy środek nadzwyczaj skuteczny, prawie niezawodny, który przyspiesza zrastanie się kości nawet w takich przypadkach, w których inne sposoby leczenia przez całe miesiące nie dawały wyniku.

Autor stosował 8 razy Androstinę i 4 razy Perandrenę w przypadkach przerostu gruczołu krokowego, które dotyczyły mniej lub więcej długo trwającego stanu chorobowego z zaburzeniami w oddawaniu moczu, przewlekłym zatrzymaniem i zaleganiem moczu, oraz z zaburzeniami stanu ogólnego. Leczenie trwało od 1,5 do 4 miesięcy. Chorzy otrzymywali codziennie Androstinę 2 amp. B domięśniowo i jednocześnie 3 razy dziennie 2 — 3 tabletki Skutek był zupełnie zadawalający, szczególnie widoczna była poprawa stanu ogólnego.

Bezsporną jest kwestia, że Androstina ma działanie tonizujące na

cały ustrój. Dlatego stosowanie Androstiny jest wskazane, jako przygotowanie do operacji i jako leczenie następowe po operacji.

Również korzystny był wpływ na zaburzenia w oddawaniu moczu. Bolesne i częste oddawanie moczu szybko ustępowało.

Działanie na sam gruczoł krokowy nie zawsze było jednakowe. Tylko u 2 chorych obserwowano zmniejszenie się gruczoła krokowego.

Przy stosowaniu zwykłych dawek między Androstiną i Perandreną nie można było dostrzec różnicy.

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

H. GLATZEL. *O namiastkach soli kuchennej i ich użyteczności klinicznej* (Med. Welt 1939, 188 — 190).

Spożywanie soli kuchennej jest wzbronione w przypadkach obrzęków, otyłości i nadciśnienia samoistnego. Tak samo po diecie bezsolnej często stwierdza się poprawę w przebiegu gruźlicy kości, stawów i skóry; to samo dotyczy również ostrych chorób zakaźnych i wielu schorzeń skórnych. Sól kuchenna stanowi najistotniejszą przyprawę pożywienia, dlatego też brak soli musiał wywołać potrzebę różnych namiastek. Namiastki soli kuchennej muszą odpowiadać następującym warunkom: 1) muszą być nieszkodliwe dla chorego ustroju, 2) winny mieć smak podobny do soli kuchennej i być dobrą przyprawą, 3) muszą być odporne na wpływy zewnętrzne, zwłaszcza na wilgoć powietrza i na ciepło, 4) nie powinny być drogie. Własności wodochłonne soli kuchennej zależą od zawartości sodu. Namiastki dla chorych z obrzękami na tle chorób serca i nerek nie mogą zawierać sodu, zaś namiastki stosowane w chorobach nerek, muszą być pozbawione potasu i chloru. W przebiegu nadciśnienia należy podawać takie namiastki soli kuchennej, które przede wszystkim nie zawierają chloru. Większość stosowanych namiastek właśnie nie zawiera chloru, to też w zupełności nadaje się do leczenia chorych z nadciśnieniem. Ponieważ nie ma namiastek pozbawionych całkowicie sodu, więc chorzy sercowi i nerkowi mogą spożywać namiastki soli kuchennej tylko w bardzo ograniczonej ilości. Należy podkreślić, iż wszystkie omawiane namiastki posiadają smak odmienny niż sól kuchenna, aczkolwiek podobny do niej. Wynika stąd, iż wartość ich jako przyprawy jest ograniczona.

Dr. N. Szyk.

———:o:———

M. LOEPER, A. VARAY, A. BRAULT, G. LEDOUX-LEBARD i J. VIGNALON. *Rozszerzenie wskazań do stosowania powolnych wstrzykiwań dożylnych.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. N. 7 r. 1939).

Autorzy stosowali metodę powolnego wstrzykiwania dożylnego różnych środków lekarskich i doszli do przekonania, że ten sposób zastrzy-

kiwania umożliwia wprowadzanie znacznie większych dawek środków leczniczych. Ponadto zapobiega on w większości wypadków występowaniu objawów szokowych, zwłaszcza przy stosowaniu środków takich jak adrenalina, salwarsan, morfina, kolchicyna, a zwłaszcza acetylcholina, która na ogół przy szybkim wprowadzaniu wywołuje dość ciężkie zaburzenia.

Dr. B. Szalita.

:o:

FRITZ REICH. *Porażenie pobłonicze a witamina B_1.* (Fortschritte der Therapie 1938, zeszyt 10, str. 530).

Na podstawie przez siebie leczonego przypadku ciężkiej błonicy toksycznej, omawia autor wpływ witaminy B_1 (Betabionu) na wiotkie porażenia ruchowe. Porażenie, obejmujące wszystkie mięśnie ciała, ustąpiło szybko i czas rekonwalescencji znacznie się skrócił. Przy systematycznym ćwiczeniu mięśni wystąpiła natychmiastowa poprawa siły mięśni po pozajelitowym podawaniu Betabionu „forte". Przy pobudzaniu nerwów obwodowych próg pobudliwości, oznaczany próbą galwaniczną i faradyczną, wyraźnie obniżał się po wstrzyknięciu witaminy B_1 (Betabionu „forte"). Poza ogólnym działaniem pobudzającym, wpływa witamina B_1 korzystnie na zaburzenia układu roślinnego, występujące w okresie pobłoniczym.

Dr. St. Domicz.

:o:

M. BURMAN. *Zastosowanie terapeutyczne kurary i erotroidyny w przypadkach stanów spastycznych i dystonii.* (Arch. of Neur. a. Psych. N 41 r 1939).

Autor stosował roztwór w ilości 10 — 40 mg. dożylnie lub domięśniowo u chorych ze wzmożeniem napięcia typu piramidowego lub pozapiramidowego. Dawkowanie zależy od stanu chorego i jego wagi. Dawka dożylna stanowi połowę dawki domięśniowej. Wydalanie kurary z ustroju jest bardzo szybkie, dlatego też należy zastrzyki powtarzać mniej więcej 3 razy tygodniowo. Pierwsze działanie występuje 20 — 30 minut po za-

strzyku domięśniowym, a bezpośrednio — po zastrzyku dożylnym. O ile lekarstwo podaje się w regularnych odstępach czasu, działanie jego utrzymuje się i napięcie nigdy nie powraca do pierwotnego stanu. Przy dawkach przekraczających 20 mg. nierzadko występują objawy ze strony nerwów czaszkowych. Pacjenci stają się ociężali, z trudem otwierają oczy, nierzadko zjawia się podwójne widzenie, chód staje się utrudniony, rysy twarzy zacierają się, twarz przyjmuje kolor popielaty. Objawy te, aczkolwiek bardzo niepokojące, szybko jednak ustępują. W cięższych przypadkach autor stosował epinefrynę w roztworze 1 : 1000 w ilości 0,5 cm³ podskórnie. Epinefryna działa antagonistycznie do kurary. Dawka terapeutyczna kurary zmniejsza wzmożone napięcie mięśniowe, nie wywołuje jednak całkowitej hypotonii. Odruchy ścięgniste i okostnowe słabną. Bardzo dobre wyniki uzyskiwał autor w przypadkach dystonii. Erytroidyna działa podobnie jak kurara ale słabiej.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

PIERRE MATHIEU. *Leczenie porażenia spastycznego.* (Presse thermale et climatiqune, czerwiec 1939.).

W porażeniu spastycznym leczenie jest skierowane 1) przeciw przyczynowym zmianom naczyniowym i centralnym nerwowym, od których zależą zespoły pyramidalne, współczulne i czuciowe 2) przeciw skutkom obwodowym; zaburzeniom naczyniowym, stawowym, mięśniowo-ścięgnistym. Wreszcie nie należy zapominać o leczeniu stanu ogólnego i o psychice. Autor zajmuje się przede wszystkim leczeniem zaburzeń obwodowych, stawowych, gdzie można się spodziewać stałych bólów i zesztywnienia stawów, poza tym zaniku mięśni i zmian naczyniowych. Zmiany te autor leczy dielektrolizą miejscową, promieniami podczerwonymi, d'arsonwalizacją (diatermia, fale krótkie). Nie należy też zapominać o masażu ani o wczesnym uruchomieniu. Leczenie zmian naczyniowych i nerwowo-ośrodkowych polega na stosowaniu czasami radioterapii, która ma pewien wpływ na sklerozę, ale która dużo nie pomaga w porażeniu spastycznym.

Zupełnie inaczej autor zapatruje się na krótkie fale, zastosowane na okolicę mózgu, wpływają one na zaburzenia chodu, mowy, wzroku ale nie działają na czynnik spastyczny.

Jedyną metodą, która wpływa na zmiany nerwowe i naczyniowe ośrodków jest *jonizacja* mózgowa (Bourguignon). Polega ona na stworzeniu prądu, przechodzącego poprzez mózg i przenoszącego leki. W ten sposób ośrodki nerwowe i ich naczynia otrzymują bezpośrednio leki: wapń i jod. Wapń przyczynia się do zmniejszenia skurczu mięśnia przez zadziałanie na mózg. Jod zaleca się w kile i w przypadkach, gdzie wapń nie działa. Wapń wpływa też na stany bólowe ale nie działa na zmiany

zależne od uszkodzenia opuszki. W tych przypadkach chory nie będzie tolerował leku. Dostanie on dziennej śpiączki i nocnego pobudzenia, oraz bólu głowy. Chorych w początkowych okresach choroby autor nie leczy tymi metodami, chyba że chory jest codziennie obserwowany.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

T. G. *Leczenie ostrych zatruć barbiturowych.* (Presse Med. N. 31 r. 1939.).

W obliczu ostrego zatrucia barbiturami należy przede wszystkim dążyć do usunięcia trucizny z ustroju, zapobiegania zadziałaniu na ośrodki nerwowe, do podtrzymywania stanu ogólnego chorego i zapobiegania występowaniu komplikacji. Dla przyspieszenia wydalania środka, stosujemy wkrótce po zażyciu barbituratów ostrożne płukanie żołądka za pomocą nadmanganianu potasu lub roztworu węgla. W późniejszych okresach stosujemy lawatywy oczyszczające i cewnikowanie pęcherza. Ponieważ strychnina stanowi jedyne antydotum dla barbituratów, stosuje się ją, żeby zapobiec zaatakowaniu układu nerwowego. Najskuteczniejsza jest droga dożylna, jako najszybciej działająca. W ciężkich przypadkach stosujemy 0,01 — 0,02 gr. strychniny dożylnie co 2 godziny aż do pojawienia się odruchów ścięgnistych. Z chwilą wystąpienia objawów nietolerancji, zmniejszamy dawkę strychniny aż do 0,005, a nawet do 0,001 gr. O ile nietolerancja zmusi do przerwania podawania strychniny, można stosować dożylne powolne wstrzykiwanie 15 cm^3 alkoholu 30% co 2 godziny, w ilości 150 cm^3. Dla podtrzymania akcji serca stosujemy zastrzyki kamfory, kofeiny, kroplówkę z glukozy. Chorego należy trzymać w pozycji półsiedzącej, podawać mu od czasu do czasu do oddychania dwutlenek węgla. W razie utrzymywania się śpiączki, można spróbować nakłucia lędźwiowego. O ile tylko stan chorego zaczyna się poprawiać należy zacząć go intensywnie odżywiać, zwłaszcza płynami. W miarę poprawy zastrzyki dożylne strychniny zastępujemy podskórnymi, zmniejszając stopniowo dawki. Powikłania grożą przede wszystkim ze strony płuc oraz ze strony układu nerwowego.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

HA-TA-KHAN. *Leczenie błonicy złośliwej.* (Ann. de Med. T. 45 r. 1939).

Autor rozróżnia w przebiegu błonicy 3 okresy. Okres pierwszy charakteryzuje się nasyceniem organizmu toksynami błoniczymi. W tym okresie występują przede wszystkim zmiany w czynności poszczególnych tkanek. W drugim okresie przeważają zmiany narządowe, humo-

ralne i wegetatywne. Śmierć w drugim okresie następuje między 5 — 10 dniem po rozpoczęciu leczenia surowicą. W trzecim okresie występują komplikacje neurologiczne. Poczynając od 52 dnia choroby, w ustroju nie stwierdza się już toksyn błoniczych. W okresie pierwszym wszystkie wysiłki powinny zmierzać do zobojętnienia toksyn. Podstawą leczenia jest seroterapia, która powinna być stosowana możliwie jak najwcześniej. Pierwszy zastrzyk powinien być dość skuteczny tzn. 60.000 jednostek, o ile stosuje się surowicę o 300 jednostkach antytoksycznych w cm^3. Jest to według autora najlepszy gatunek surowicy. Wszystkie inne odmiany nie dają tak dobrych wyników. Istnieją 3 drogi stosowania surowicy: dożylna, domięśniowa i podskórna. O ile chodzi o zadziałanie szybkie najskuteczniejsza jest droga dożylna. Zastrzyki podskórne i domięśniowe działają znacznie wolniej lecz dłużej. Dlatego też autor radzi rozpoczynać od podawania surowicy dożylnie, a następnie podtrzymywać działanie antytoksyczne drogą zastrzyków podskórnych lub domięśniowych. Jeśli chodzi o ilość zastrzyków to autor jest zwolennikiem małej ilości zastrzyków o dużej koncentracji. Często powtarzane zastrzyki przeważnie nie wpływają na zdolność bakteriobójczą ustroju. Autor stosuje na ogół jeden zastrzyk o dawce 60.000 jednostek i dodaje jeszcze 2 zastrzyki, którym jednak nie przypisuje większego znaczenia. Całkowita dawka wystarczająca wynosi 200 cm^3 surowicy o 300 jednostkach antytoksycznych, lub 100 cm^3 surowicy o 1000 jednostkach antytoksycznych. Reasumując, seroterapię należy zastosować niezwłocznie drogą dożylną i częściowo domięśniową lub podskórną. Pierwsza dawka powinna wynosić 60.000 jednostek antytoksycznych. Celowość powtarzania zastrzyków jest względna. Obok leczenia zasadniczego jako środki pomocnicze wchodzą w grę przepisy higieniczno-dietetyczne, leczenie miejscowe oraz środki pomocnicze jak preparaty nasercowe (ouabaina), strychnina i witamina C. Strychninę stosuje się według metody Paisseau. Działanie strychniny opiera się na jej wpływie tonicznym na układ nerwowy. Stosuje się dawki od 1 — 3 mg. na kg. wagi dziennie. Zmiany w nerkach nie stanowią przeciwwskazania. U dzieci autor dochodził do 18 mg. dziennie. Należy początkowo wypróbować tolerancję dla strychniny

i możliwie jak najszybciej osiągnąć dawkę maksymalną. Zastrzyki podaje się co 3 godziny. Należy zwrócić baczną uwagę na objawy nietolerancji dla strychniny, którą zwalczamy, stosując preparaty barbiturowe. Strychnina stanowi doskonały stimulans ustroju. Zasługuje ona na jak najszersze zastosowanie systematycznie aż do 52 dnia choroby. W drugim okresie leczenie surowicą nie ma większego znaczenia, gdyż na ogół ustrój jest już nasycony antytoksynami. Należy teraz bacznie czuwać nad stanem równowagi vagosympatycznej. Zaburzenia sercowe zwalczamy stosując ouabainę. Autor jest przeciwny stosowaniu preparatów naparstnicowych, które zwiększają ujemny dromotropizm, wywołując często blok. W przerwach stosuje się kamforę, sparteinę, kofeinę itp. Objawy nerkowe zwalczamy, stosując kroplówkę z glukozy i zastrzyki dożylne hypertoniczne cukru. Nie należy podawać środków moczopędnych drażniących jak teobromina i preparaty rtęci Zaburzenia wegetatywne zwalczamy tonizując układ sympatyczny za pomocą adrenaliny, efedryny (do 6 ctgm. co godzinę per os) i strychniny. Bardzo ważne i w tym okresie są przepisy ogólne higieniczno-dietetyczne. Zapobiec porażeniom dyfterytycznym możemy jedynie przez wczesne i energiczne podawanie surowicy. O ile już wystąpią objawy nerwowe żadne ze znanych środków nie mogą usunąć toksyn błoniczych z układu nerwowego. Dlatego też autor radzi podawać surowicę jedynie w przypadkach zupełnie nieleczonych. Leczenie w tym okresie jest jedynie objawowe. Najlepsze usługi oddaje strychnina w dużych dawkach i ouabaina. Należy uważać, żeby nie wystąpiły objawy zachłystowe. Bezwzględny spokój jest i w tym okresie niezbędny.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

P. PETERSON. *Zapalenie pochwy wywołane przez rzęsistek pochwowy. Badania porównawcze dotyczące leczenia i częstości.* (American Journal of Obstetrics and Gynecology. Nr. 6, 1938 r.).

Autor poddał badaniu 5712 kobiet na obecność rzęsistka pochwowego. Ustalił on, że w 24,6% wynik był dodatni. Prawdziwe objawy trichomonasvaginitis stwierdzono u 3,7% pacjentek. Do leczenia między innymi środkami używano Vioformu w postaci pasty. (15 gr. Vioformu na 22 ccm. gliceryny). Pastę tę stosowano codziennie do pochwy przy pomocy wziernika. Po tygodniu powtarzano badanie i w razie wyniku dodatniego leczenie przeprowadzano przez dalsze 8 dni. Gdy wynik był ujemny leczenie stosowano co drugi dzień i podczas przerw stosowano płukanie 0,5% roztworem kwasu mlekowego. Leczenie trwało 6 tygodni i dawało prawie 100% wyzdrowienia. Ubocznych objawów nie obserwowano.

Dr. med. F. Mikulska.

———:o:———

J. DECOURT, R. DEGOS i J. GUILLEMIN. *Porażenie spastyczne w następstwie zażycia siarczanu pelletryny.* (Bull. et Mem. la Soc. Med. des Hôp. N. 5, r. 1939).

Siarczan pelletryny stosowany jako środek przeciwczerwiowy w dawce średniej 0,3 gr. wywołuje przejściowe objawy toksyczne. Na pierwszy plan wysuwają się objawy nerwowe w postaci bólów głowy, zawrotów, zaburzeń wzrokowych i kurczów mięśniowych, Te zaburzenia nie trwają na ogół dłużej niż kilka godzin i ustępują, nie pozostawiając śladu. Niekiedy jednak mogą wystąpić objawy groźniejsze. Przykładem tego jest przypadek autorów, gdzie w 5 dni po zażyciu 0,3 gr. pelletryny wystąpił niedowład spastyczny kończyn dolnych z objawami niedowładu obwodowego nerwu strzałkowego. Brak jakiegokolwiek tła, związek czasowy z zażyciem pelletryny, badania doświadczalne, przemawiają za tym, że w danym przypadku niewątpliwie istnieje związek przyczynowy między zażyciem leku a wystąpieniem objawów nerwowych.

Dr Z. Mackiewicz.

———:o:———

R. WORMS. *Ciężkie zaburzenia mózgowe w następstwie zastosowania 1 pastylki stowarsolu do pochwy.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. Nr. 2, r. 1939).

U kobiety 63-letniej w następstwie zażycia 1 pastylki à 0,25 gr. stowarsolu drogą pochwową rozwinął się obraz bardzo ciężkiego schorzenia ogólnego z podniesieniem ciepłoty do 39°, bólami głowy, wymiotami i wysypką szkarlatynową. Wystąpiły objawy oponowe. Nazajutrz chora straciła przytomność. Przy badaniu stwierdzało się rozlaną hypertonię mięśni i przeczulicę skóry. Zastrzyk adrenaliny pozostał bez wpływu na przebieg cierpienia. W południe wystąpił napad padaczkowy, po którym chora zapadła w śpiączkę. Pojawiły się myoklonie w kończynach, szyi i twarzy, skręt głowy i gałek, początkowo w lewo, po kilku godzinach głowa skręciła się w prawo, jednocześnie wystąpił oczopląs wahadłowy gałek ze zmiennością wielkości źrenic, które naprzemian kurczyły się i rozszerzały. Wystąpił niedowład prawostronny z objawem Babińskiego i zatrzymanie moczu. W płynie mózgowo-rdzeniowym stwierdzono 2,7 gr. białka. 10 ciałek w 1 cm^3. Dopiero po 3 dniach stan śpiączkowy ustąpił i wówczas stwierdzono objawy afazji czuciowej. Objawy ruchowe cofnęły się. Po miesiącu chora wypisała się ze szpitala w stanie dobrym Na podkreślenie zasługuje, że przed 12 laty pacjentka przeszła podobny epizod po II-im zastrzyku acetylarsanu. W ciągu tygodnia objawy chorobowe zlikwidowały się całkowicie. 3 miesiące przed obecną chorobą, chora zażywała przez pewien czas stowarsol, w ogólnej ilości 1,5 gr. bez jakichkolwiek przypadłości. Na krótko przed opisaną chorobą przecho-

działa pacjentka ciężką grypę. Te szczegóły mają duże znaczenie, mogłyby bowiem rzucać pewne światło na patogenezę obserwowanego epizodu. Ze względu na małą dawkę środka, nie można myśleć o zatruciu. Również trudno przypuszczać nietolerancję. Być może, że chodzi tu o specyficzne uczulenie.

Dr. A. Gelbard.

———:o:———

L. DE GERNES, MAHOUDEAU, TAVERNIER i VILA. *Choroba Addisona. Pierwsze wyniki leczenia syntetyczną kortyną.* (Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. N. 10, r. 1939).

W typowym przypadku ciężkiej choroby Addisona z wybitnym nasileniem objawów w związku z infekcją jamy nosowogardzielowej, autorzy zastosowali początkowo leczenie kortyną francuską w ilości 5 — 15 cm^3 dziennie. Następnie rozpoczęto podawanie kortyny syntetycznej w ilości 4 cm^3 dziennie. Poprawa po zastrzykach była wybitna. Autorzy zwracają uwagę na różnicę działania różnych postaci preparatów kortyny. Wpływ kortyny syntetycznej wydaje się najwybitniejszy.

Dr. Z. Mackiewicz.

———:o:———

J. GINESTIE. *Nowa technika infiltracji pnia nerwu twarzowego.* (Presse Med. N. 33 r. 1939).

Autor krytykuje stosowane metody infiltracyjne pnia nerwu twarzowego i proponuje własną metodę, która polega na dojściu do nerwu drogą tylną, opierając się na przebiegu przyczepu mięśnia dwubrzuścowego. Chory leży na brzuchu z czołem wspartym na stole. Zasadniczym punktem orientacyjnym jest tylny brzeg wyrostka sutkowego, należy nakłuwać nieco z tyłu od niego i po określeniu odległości między punktem wkłucia a przednim brzegiem wyrostka sutkowego zagłębia się igłę w kierunku ku górze i do przodu w celu natrafienia na podstawę czaszki. Z chwilą gdy do niej dochodzimy, znajdujemy się u szczytu przyczepu mięśnia dwubrzuścowego, wówczas należy igłę wyciągnąć na kilka milimetrów i zagłębić ją pionowo na dowolną głębokość. Mogą zajść wówczas dwie ewentualności: albo natrafia się na opór kostny. Jest to wyrostek rylcowy, wówczas wystarczy dokonać zastrzyku. Albo też nie napotykamy na opór kostny pomimo zagłębiania igły, zastrzykujemy wówczas płyn, przed końcem zastrzyku cofamy igłę, ażeby wykonać zastrzyk na głębokości mniej więcej ½ cm.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

HANS-DIETRICH FRENSCHE. *W sprawie leczenia zatorów tętniczych za pomocą Eupaveriny.* (Münchener Medizinische Wochenschrift 1938, Nr. 45, str. 1747.).

Autor przekonał się o korzystnym działaniu Eupaveriny w przypadku zatoru w prawej tętnicy podkolanowej. Po zastosowaniu Eupaveriny (2 razy dziennie domięśniowo i raz dożylnie 0,03 Eupaverin z 0,00025 strofantyny) poprawa nastąpiła tak dalece, że odstąpiono od zamierzanej już amputacji nogi. Osiągnięty w tym przypadku wynik przemawia za tym, że leczenie zachowawcze świeżych zatorów za pomocą Eupaveriny jest zupełnie wskazane i że należy je wypróbować zanim przystąpi się do operacyjnego usunięcia zatoru lub amputacji.

Dr. St. Domicz.

———:o:———

R. FRANCOIS. *Bezdech u noworodków.* (Journal de Medecine et de Chirurgie pratiques, kwiecień 1939.).

U wcześniaków najczęściej i u noworodków słabych, źle rozwiniętych występują w drugim lub trzecim tygodniu życia napady bezdechu. Początek jest nagły. Bez krzyku i w chwili kiedy nikt się nie spodziewa, nagle noworodek traci oddech, bardzo szybko twarz staje się sina, nie porusza się i robi wrażenie umarłego. Podczas napadu serce bije a tętno się przyspiesza.

Najczęściej po okresie bezdechu więcej lub mniej krótkim, oddychanie nagle powraca. Czas bezdechu jest różny. Od 30 sekund do 5 minut. Napadów jest zawsze kilka i powtarzają się przez całą dobę. Trwają od 2 do 3 dni. Czasami powracają one po okresie spokoju..

Rokowanie tego bezdechu jest poważne, śmierć następuje po pewnym czasie podczas napadu bezdechu i bardzo silnej sinicy.

Mechanizm napadu jest związany ze zjawiskami zaburzeń opuszki. Starano się różnymi teoriami objaśnić napad bezdechu: wylew krwawy zależny od wcześniactwa, krwawienie opon, zapalenie odoskrzelowe płuc a szczególnie kiła wrodzona. W napadzie należy natychmiast zastosować środki lecznicze. Przede wszystkim ostrożne stosowanie leczenia przeciwkiłowego, następnie promienie poza-fiołkowe. Podczas samego napadu nacierania dolnej części klatki piersiowej.

Najważniejszymi środkami ratunkowymi podczas napadu są.: *lobelina* i *karbogen.* Lobelinę wstrzykuje się podskórnie w ilości 3 milig. dziennie jednorazowo lub podzieloną na 3 frakcje. Karbogen pod postacią inhalacji podaje się bez przerwy czasami przez 24 godzin.

Nie należy zawieszać dziecka głową do dołu, gdyż grozi mu wylew krwawy opon mózgowych. Autor kładzie nacisk na konieczność odpowiedniej pielęgniarki, obznajmionej z tym rodzajem napadów, gdyż od

umiejętnego zorientowania się i szybkiego zastosowania odpowiednich środków zależy życie dziecka.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

A. RAVINA. *Leczenie choroby Mortona za pomocą radioterapii.* (Presse Med. N. 33 r. 1939).

Ledoux-Lebard zaproponował leczenie choroby Mortona za pomocą naświetlań promieniami roentgena. Technika jego polega na naświetlaniu przedniozewnętrznej powierzchni podeszwy, centrując na czwartą kość śródstopnia. Stosuje on promienie o średniej przenikliwości z filtrem aluminiowym grubości 5 mm. w dawkach tygodniowych wynoszących 200 r. w ciągu 4 — 6 tygodni. Niekiedy po przerwie 2 miesięcznej należy naświetlania powtórzyć.

Dr. A. Gelbard.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

ROTSCHILD. *Kliniczne badanie zaburzeń krążenia.* (Arch. Int. v. 61, Nr. 4, 1939).

Pozasercowe zaburzenia krążenia, wywołane przez rozedmę płuc, kifoskoliozę, nadciśnienie i wtórną sklerozę większych naczyń spostrzega się względnie często. Miażdżyca tętniczek płucnych z jednoczesną miażdżycą tętnicy płucnej również często stanowi przyczynę zaburzeń krążenia pochodzenia pozasercowego. W podobnych przypadkach występuje duszność stała lub przy nieznacznym wysiłku z objawową policytemią lub sinicą, co świadczy o istnieniu miażdżycy nie tylko w obrębie tętnicy płucnej, lecz również w zakresie tętniczek płucnych i płucnych naczyń włosowatych. W rzadkich przypadkach przyczyną „cor pulmonale" może być zarostowe zapalenie drobnych tętnic płucnych. Ścianki pęcherzyków płucnych ulegają włóknistemu zwyrodnieniu i często są pozbawione naczyń; dookoła naczyń i oskrzeli rozrasta się tkanka łączna. Przyczyną zapalenia tętnic lub guzkowego zapalenia okołotętniczego może być zawał lub zarazek gośćcowy, ponadto również czynnik alergiczny, który powoduje skurcz drobnych tętniczek i naczyń włosowatych.

Krótkotrwały stan anafilaktyczny wywołuje tylko przykre uczucie w obrębie klatki piersiowej i duszność; przy długotrwałym stanie skurczowym dochodzi do wtórnych zmian w płucach; jednocześnie występuje umiarkowana duszność, lekka sinica, częstoskurcz. W okresie końcowym schorzenia rozwija się niedomoga prawokomorowa, a wreszcie również i lewokomorowa.

Dr. N. Szyk.

———:o:———

D. MONNIER. *O skurczach dodatkowych.* (La Clinique, styczeń, 1939).

Skurcz dodatkowy jest przejawem zaburzenia pobudliwości mięśnia sercowego. Jest to skurcz przedwczesny przedsionka, komory lub obu tych części razem pod wpływem bodźca, działającego na pewne punkty mięśnia sercowego poza zatoką. To zaburzenie rytmu sercowego spotyka się:

a) w schorzeniach układu sercowo-naczyniowego: niedomoga krążenia, zapalenie tętnicy głównej, zapalenie naczyń wieńcowych, zapalenie mięśnia sercowego;

b) w zatruciu naparstnicą;

c) w dystonii (zaburzeniach równowagi) układu nerwowo-roślinnego, gdzie mięsień sercowy jest czuły na niektóre zmiany patologiczne, jak: aerofagię, zapalenia i zaburzenia czynnościowe w drogach żółciowych, zapalenia dróg rodnych u kobiety;

d) zatrucia tytoniem, kawą, herbatą;

e) wzruszenia natury nawet nie zawsze gwałtownej a często stałej, wywołujące czasami częstoskurcze nie dające się wcale usunąć.

Leczenie musi przede wszystkim mieć na widoku przyczynę schorzenia:

1°. *Skurcze dodatkowe* w przebiegu chorób serca: w tych przypadkach naparstnica jest lekiem z wyboru. Ale tam, gdzie skurcze dodatkowe są wyrazem głębokiego uszkodzenia mięśnia sercowego, naparstnica może pogorszyć stan chorego. W tym wypadku należy podawać ouabainę dożylnie w ilości 1/4 mlgr. (1 cc) przez 3 dni. Po przerwie kilkudniowej powtórzyć serię aż do ustąpienia skurczów dodatkowych oraz niedomogi serca.

2°. *Skurcze dodatkowe odruchowe:*

a) zmniejszyć pobudliwość serca i zalecić sedativa.

Poza tym gorące okłady wilgotne na okolicę sercowo-brzuszną.

b) zastosować leczenie etiologiczne: (drogi żółciowe, przydatki, wyrostek);

c) zakazać tytoniu, alkoholu, kawy itp. *Dr. A. Boczko.*

PRZEGLĄD HEMATOLOGICZNY

pod redakcją d-ra M. Landesmana, st. asyst. U. J. P.

P. EMILE WEIL et SUZANNE PERLES. *Nakłucie mostka.* (La Ponction Sternale, Masson et Cie Editeurs, Paris 1938).

(ciąg dalszy).

V. Niedokrwistości.

Nakłucie mostka oddaje nieocenione zasługi dla diagnostyki wszystkich rodzajów niedokrwistości. Obrazy szpiku, jakie w tych przypad-

kach możemy zaobserwować, są tak charakterystyczne i tak proste do interpretacji, że nakłucie szpiku stanowi dla rozpoznania niedokrwistości metodę najlepszą. Ze względu na to, że poszczególne postaci niedokrwistości dają charakterystyczne odczyny szpikowe, autorzy klasyfikują je według tego kryterium. Pierwszą grupę stanowi niedokrwistość złośliwa Biermera, drugą niedokrwistości przebiegające z prostym przerostem szpiku, trzecią niedokrwistości idące z hypoplazią szpiku, wreszcie czwartą stanowi zespół niedokrwistości, którym towarzyszy aplazja szpiku (niedokrwistość aplastyczna, agranulocytoza).

1. Niedokrwistość złośliwa Biermera. Niedokrwistość złośliwa Biermera wyróżnia się wybitnie z innych postaci niedokrwistości obecnością erytoropoezy typu megaloblastycznego. Ten szczególny odczyn szpiku występuje nietylko w typowych kryptogenetycznych przypadkach tej choroby, ale również w postaciach wtórnych, zależnych od chorób żołądka (polip, rak) i jelit (zwężenie, pasorzyty). Również i przebieg i objawy chorobowe obu postaci pierwotnej i wtórnych są analogiczne. Mamy tu do czynienia z niedokrwistością nadbarwliwą, z megalocytami i megaloblastami, bezsokiem żołądka, zaburzeniami nerwowymi typu myelosis funicularis i niezwykłą wrażliwością na leczenie wątrobą.

Obraz szpiku kostnego jest charakterystyczny dla poszczególnych okresów chorób. Ogólnie biorąc cechuje się obecnością dużej ilości megaloblastów i megalocytów różnokształtnych. W okresie początkowym niedokrwistości złośliwej przed zjawieniem się rozplemu megaloblastycznego szpik nie przedstawia szczególnych odstępstw od normy. W tym czasie we krwi stwierdza się tylko objawy uszkodzenia krwinek czerwonych i zjawienie się niedokrwistości. W okresie rozwiniętej choroby myelogram jest bardzo charakterystyczny. Uderzają w nim dwa odczyny szpikowe: niespecyficzny rozplem granulocytów i specyficzny — wybitna megaloblastoza. Elementy granulocytowe wykazywać mogą anomalie jąder, polegającą na wybitnej segmentacji i zwyrodnieniu. Jednakże te cechy nie są ani zbyt specyficzne ani stałe. Obraz odczynu megaloblastycznego dominuje w myelogramie. Stosunek tych elementów do normoblastów pozwala sądzić o stopniu nasilenia, a przy kilkakrotnym badaniu szpiku i o kierunku ewolucji choroby. Z elementów megaloblastycznych spotyka się typowo megaloblasty, uromegaloblasty, a nawet hemocytoblasty. Najwięcej znajduje się elementów młodych, często w okresie podziału kariokinetycznego. Duża ilość młodych komórek megaloblastycznych o mocno zasadochłonnej zarodzi sprawia przy oglądaniu rozmiaru szpiku wrażenie „błękitnego szpiku" — bardzo charakterystyczne dla niedokrwistości złośliwej. Inną zawsze stałą cechę myelogramu choroby Biermera stanowią cechy uszkodzenia czerwonych krwinek wyrażające się anizocytozą, poikilocytozą, owalocytozą, anizochromią, hyperchromią, polychromatofilią, obecnością ciałek Jolly'ego. W okresie remisji samoistnej bądź

wskutek leczenia wątrobą obraz szpiku zmienia się radykalnie. Megaloblasty znikają ze szpiku, następuje dojrzewanie, a później proliferacja normoblastów. Współcześnie zmniejsza się nieco ilość elementów rzędu granulocytowego. W dalszym ciągu liczba normoblastów spada również i ilość granulocytów wraca do normy.

2. Niedokrwistości z przerostem szpiku. Obok niedokrwistości Biermera, w której mamy rozplem megaloblastyczny, a później i normoblastyczny, istnieje szereg niedokrwistości, klinicznie różniących się od poprzedniej, które cechują się bujaniem jednego lub kilku układów szpiku. W skład tej grupy wchodzą: pierwotna niedokrwistość niedobarwliwa kryptogenetyczna, anemia hemolityczna, niedokrwistości pokrwotoczne, rakowe, zakaźne, oraz towarzyszące białaczkom i odczynom białaczkowym. Klasyfikujemy je w zależności od odczynu, który przeważa w obrazie szpiku, na 3 grupy.

A. Odczyn rzędu normoblastycznego.

a. Niedokrwistość niedobarwliwa kryptogenetyczna.

Jednostka ta była wielokrotnie opisywana pod różnymi nazwami jako blednica młodych dziewcząt, blednica późna Hayema, chloranemia bezsoczna, zespół późnej niedokrwistości niedobarwliwej bezsocznej. Obraz szpiku w tej jednostce jest niezmiernie charakterystyczny, dzięki wybitnemu rozplemowi normoblastów. W myelogramie stanowią one 30 — 40% ogółu elementów komórkowych. Figury mitotyczne spotyka się często, niekiedy wyglądające nietypowo. Mimo znacznego rozplemu normoblastów rozwój innych elementów komórkowych bynajmniej nie ulega zagłuszeniu. Kwasochłonnych elementów jedno i wielojądrzastów jest nawet więcej niż w warunkach normalnych. Zjawisko to ma nietylko znaczenie rozpoznawcze jako objaw, ale stanowi również pomyślną oznakę rokowniczą. Leczenie żelazem i wyciągami wątroby wzmaga ilość komórek kwasochłonnych kosztem normoblastów. Stosunek więc ilości kwasochłonnych do normoblastów może być kryterium skuteczności leczenia.

b. Wtórna niedokrwistość pokrwotoczna.

W tej postaci niedokrwistości obraz szpiku przypomina pierwotną niedobarwliwą niedokrwistość kryptogenetyczną. Stwierdzamy tu również wybitny rozplem normoblastyczny ze zwiększeniem ilości komórek kwasochłonnych. Jedyną osobliwością niespotykaną w poprzedniej jednostce chorobowej stanowi reakcja białego szeregu elementów szpikowych, szczególnie silnie wyrażona w przypadkach długotrwałego lub powtarzającego się krwawienia. Dla rozpoznania etiologii krwawień wtórnych myelogram nie daje żadnych wskazówek rozpoznawczych.

c. Zespół hemolityczny.

W tym stanie chorobowym układ erytropoetyczny szpiku wykazuje największe nasilenie czynności regeneracyjnej. W obrazie szpiku stwierdza się wybitny rozplem normoblastów. Elementy spotykane tutaj są bardzo młode (niekiedy proerytroblasty), często silnie zasadochłonne, lub ortochromatyczne, z pyknotycznym jądrem. Formy podziału są bardzo liczne. Ilość normoblastów sięga 60 — 70%. Drugą cechą charakterystyczną myelogramu w tej chorobie jest mikrocytoza i kulisty kształt krwinek dojrzałych. Po za tym myelogram niedokrwistości hemolitycznej cechuje się dużą ilością normoblastów, mikrocytozą i kulistymi krwinkami.

d. Niedokrwistości rakowe.

Większa część niedokrwistości rakowych charakteryzuje się myelogramem wyrażającym odczyn normoblastyczny szpiku. W nielicznych jednak przypadkach raka żołądka i jelit autorzy spotykali obraz przypominający niedokrwistość typu Biermera z odczynem megaloblastycznym szpiku i ciężkim uszkodzeniem dojrzałych krwinek czerwonych. Rozróżnienie tych myelogramów jest bardzo trudne a czasami wręcz niemożliwe. Zasadniczo rozstrzyga tu obecność komórek nowotworowych w szpiku.

B. Odczyn rzędu leukocytowego.

Niedokrwistości przebiegające z rozczynem rozplemowym szeregu białego były już poprzednio omówione w związku z białaczkami i odczynem białaczkowym.

C. Rozplem uogólniony.

Plamice. Plamice stanowią zespoły krwotoczne różnego pochodzenia, przy których szpik wykazywać może rozmaite obrazy: białaczkowy normoblastyczny, megakariocytowy, lub aplastyczny. W związku z istnieniem krwawień najczęściej spotykamy obraz rozplemu erytroblastycznego któremu towarzyszy, w zależności od jakości stanu chorobowego rozplem innych elementów w szpiku. W przypadkach ostrych białaczek aleukemicznych oprócz regeneracji normoblastów znajdujemy wybitny rozplem niezróżnicowanych jednojądrzastych komórek. W aplazjach szpiku, przebiegających z wybitną skazą krwotoczną szpik nie posiada cech rozplemu i jest bardzo ubogi w komórki.

Oprócz plamic stojących w łączności z innymi chorobami istnieją postaci pierwotne, w których szpik przedstawia wygląd specyficzny. Szczególnie interesującą jest postać małopłytkowości samoistnej, przy której spotykamy w szpiku dużą ilość nietypowych megakariocytów i brak płytek. Obraz ten ulega radykalnej zmianie po wycięciu śledziony.

Jak wynika z badań autorów zawartość megakariocytów we krwi

nie może być kryterium rozpoznawczym dla rozróżnienia małopłytkowości ani też nie może stanowić podstawy do wyciągania wniosków rokowniczych.

3. *Niedokrwistości z hypoplazją szpiku.*

Niedokrwistości przebiegające z hypoplazją szpiku zależeć mogą od różnych przyczyn. Mogą one być pierwotne, lub wtórne wskutek działania czynników zakaźnych czy toksycznych, a wyrażają się ciężkim stanem ogólnym ustroju i zmianami w szpiku różnego natężenia.

a. Pierwotna niedokrwistość kryptogenetyczna z hypoplazją szpiku.

W tych postaciach myelogram jest względnie ubogi w elementy szpikowe, których ilość zmienia się równocześnie ze skokami lub remisjami choroby. W okresie pogorszenia stwierdzamy w szpiku małą ilość komórek ze zmniejszeniem odczynu erytroblastycznego. Erytroblasty przedstawiają się tu nieprawidłowo: są małe zasadochłonne o nieregularnym jądrze i postrzępionej zarodzi. Białe elementy szpikowe nie przedstawiają szczególnych odchyleń od normy; zwraca jednak uwagę duża ilość limfocytów w szpiku. W okresach remisji szpik przebiera wygląd prawidłowy. Rozplem erytroblastów kompensuje poprzednią ich bierność, ilość limfocytów się zmniejsza natomiast pojawia się więcej myelocytów obojętnochłonnych i kwasochłonnych.

b. Ciężkie niedokrwistości wtórne z hypoplazją szpiku.

(Częściowe myelozy aplastyczne).

aa. *Niedokrwistości toksyczne.* Niedokrwistości toksyczne powstają skutkiem działania szeregu różnych czynników jak benzen, arsenobenzen, tor, promienie X, złoto. W zależności od stopnia zadziałania czynnika, obrazy szpiku mogą przybierać postać od lekkiej hypoplazji do zupełnej aplazji szpiku. W przypadkach ciężkich, stwierdzamy w szpiku bardzo małą ilość elementów: granulo i neutropenię, zwiększenie ilości limfocytów czasem atypowych. W przypadkach poddających się leczeniu, po dłuższym lub krótszym okresie utajenia, obraz szpiku zaczyna wracać do normy. Poprawa występuje powoli czasem zaś krytycznie. Znikają elementy atypowe, zjawia się silny rozplem normomegaloblastyczny i granulocytowy. Stosunkowe zwiększenie ilości limfocytów, mała ilość mitoz normoblastycznych, mała ilość lub brak megakariocytów i płytek utrzymują się dość długo jako wyraz hypoplazji szpiku, który na najsłabsze bodźce może reagować ciężką hypoplazją.

Autorzy spostrzegali przypadki utajonego zatrucia benzenem bez wyraźnych objawów klinicznych u osobników pracujących przy wytwarzaniu masy do impregnacji tkanin. U tych osobników, pozornie zdrowych, myelogram wykazywał wyżej opisane cechy utajonej hypoplazji. Nic też

dziwnego, że pod wpływem najłagodniejszych infekcyj czy zatruć reagowali oni stanem aplazji szpiku.

bb. Zakaźne niedokrwistości hypoplastyczne.

Obraz hypoplastyczny szpiku w przebiegu infekcji przypomina najzupełniej hypoplazję wskutek czynników toksycznych.

4. *Niedokrwistości z aplazją szpiku.*

W skład tej grupy wchodzą stany chorobowe, przebiegające z aplazją całego układu szpikowego lub dotyczące tylko szeregu granulocytów. Według autorów agranulocytoza nie stanowi oddzielnej swoistej jednostki chorobowej, lecz zespół pierwotny lub wtórny, zależny od czynników infekcyjnych toksycznych lub promienistych, który trudno rozgraniczyć od aplazji. Do klasyfikacji stanów aplastycznych autorzy używają jako miernika istnienie lub nie dysplazji komórek. Wychodząc z tego punktu widzenia dzielą oni stany aplastyczne szpiku na proste bez dysplazji, lub przebiegające ze zmianami komórek — dysplastyczne.

a. Aplazja prosta. Do tej grupy należą aplazje pierwotne i wtórne, ciężkie stany chorobowe prowadzące najczęściej do zejścia śmiertelnego.

W myelogramie stwierdza się tutaj obraz banalnej niedokrwistości, prawie zupełny zanik elementów granulocytowych, obecność dojrzałych limfocytów i niewiele komórek zróżnicowanych. Odczyn erytroblastyczny jest bardzo słaby lub żaden, brak figur mitotycznych i megakariocytów.

(dokończenie nastąpi).

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

BIULETYN PRASOWY ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Walny Zjazd Międzynarodowej Federacji Uzdrowisk.

W dniach 5 i 6 czerwca br. odbył się w Liege drugi Walny Zjazd Międzynarodowej Federacji Uzdrowisk, założonej w r. 1937 w Budapeszcie, a ukonstytuowanej na zjeździe w Berlinie w październiku 1938 r.

Porządek dzienny zjazdu przewidywał m. in. uregulowanie prawne stanowiska masażystów i metod masażu w różnych krajach, następnie projekt kursu dodatkowego dla dyrektorów uzdrowisk i kąpielisk, sprawę Międzynar. Kongresu Uzdrowiskowego w Paryżu, sprawę wydania prospektu zbiorowego zdrojowisk i inne kwestie bieżące.

Zjazd połączony był z odbywającą się w tym samym czasie w Liege Międzynarodową Wystawą Wód, na której delegaci balneolodzy mogli zapoznać się ze sprawami bieżącymi, związanymi z balneologią i balneotechniką. Równocześnie odbył się w Liege Międzynarodowy Tydzień Wodny.

Wycieczka lekarzy litewskich do Polski.

W związku z odbytym w Gdyni w dniach 27 — 29 maja br. VII. Ogólnopolskim Zjazdem Przeciwgruźliczym została zorganizowana przez Polski Związek Przeciwgruźliczy pod protektoratem Naczelnej Izby Lekarskiej wycieczka litewskich lekarzy do Polski.

Grono lekarzy litewskich zostało zaproszone na Zjazd, po którym w celu zapoznania ich z większymi ośrodkami leczniczymi w kraju odbywa się objazd najważniejszych polskich miejscowości kuracyjnych.

Program tej wycieczki przewiduje zwiedzenie Gdyni, Orłowa, Jastarni, Jastrzębiej Góry oraz sąsiadujących z nią mniejszych kąpielisk, następnie Kartuz i Szwajcarii Kaszubskiej, jezior kaszubskich itp. Po opuszczeniu wybrzeża wycieczka skieruje się w głąb kraju, gdzie zwiedzi o ile czas pozwoli Kraków oraz Ciechocinek, Inowrocław, Zakopane, Krynicę, Szczawnicę i Otwock.

Nawiązanie bliższego kontaktu z lekarzami Litwy będzie miało duże znaczenie zarówno ogólno-polityczne ze względu na zbliżenie dwóch społeczeństw, jak i gospodarcze dla naszego przemysłu farmaceutycznego oraz naszych uzdrowisk. Zważyć bowiem należy, że Litwa jest krajem pozbawionym niemal miejscowości leczniczych (z wyjątkiem niedługiego zresztą wybrzeża), a więc — korzystając z zawartej ostatnio umowy turystycznej — lekarze litewscy mogą swoich pacjentów kierować do naszych uzdrowisk.

Z uwagi na powyższe — Związek Uzdrowisk Polskich podjął szerszą akcję propagandy naszych miejscowości leczniczych wśród lekarzy litewskich. Na początku rozesłano wydawnictwa informacyjno-propagandowe o uzdrowiskach do ok. 500 lekarzy na Litwie wraz z pismem zapraszającym do bliższego zainteresowania się polskim zdrojownictwem oraz zgłoszeniem gotowości Związku dostarczenia na każde żądanie dalszych informacyj.

Busko-Zdrój przedmiotem badań naukowych.

Jedno z najstarszych zdrojowisk w Polsce, Busko-Zdrój położone na granicy woj. kieleckiego, posiadające niezmiernie silne wody siarczano-solankowe i muł siarczany, staje się obecnie przedmiotem zainteresowania sfer naukowych.

Uniwersytet Jagielloński w Krakowie wszedł ostatnio w porozumienie z Dyrekcją Państwowego Zakładu Zdrojowego w Busku-Zdroju w celu utworzenia tam Oddziału Zdrojowiskowego Kliniki chorób Wewnętrznych U. J. w Krakowie.

Oddział ten będzie służył wyłącznie prowadzeniu badań naukowych

nad środkami leczniczymi zdrojowiska i w tym celu kurację tam odbywać będzie niewielka — ograniczona z góry ilość chorych. świadczenia na rzecz Oddziału pokrywane będą przeważnie przez Państwowy Zakład Zdrojowy.

Inicjatywę tę powitać należy z najwyższym uznaniem. Lecznictwo klimatyczne i zdrojowe jest poważną dziedziną ogólnej terapii a niestety dotychczas nie ma jeszcze w najszerszych sferach lekarzy ani takiego uznania ani rozpowszechnienia jak na to zasługuje. Toteż polskie sfery uzdrowiskowe czynią wszelkie wysiłki w celu zainteresowania nim lekarzy tak naukowców jak i praktyków. Podjęcie zaś źródłowych badań przez jedną z najpoważniejszych w kraju placówek naukowych przyniesie nietylko zdrojownictwu pożądany rozgłos, ale przede wszystkim przyczyni się do bliższego zapoznania się z właściwościami leczniczymi tak cennego zdrojowiska jak Busko-Zdrój.

Poczynanie to ma również doniosłe znaczenie społeczne ze względu na rodzaj chorób leczonych w Busku: są mianowicie przede wszystkim wszelkie rodzaje reumatyzmu stawowy i mięśniowy, rzekomy i zakaźny oraz gościec zniekształcający; następnie gruźlica chirurgiczna, liczne choroby skórne oraz choroby układu nerwowego.

Busko jest uzdrowiskiem dobrze zainwestowanym. Dzięki uruchomieniu nowych źródeł siarczanych zapas wody mineralnej jest w obecnej chwili wielokrotnie większy niż wymaga frekwencja. W ostatnich latach pobudowano również szereg zbiorników dla mułu siaczanego, wskutek czego Zakład ma możność prowadzenia racjonalnej długoterminowej gospodarki mułowej. W r. 1933 wybudowano nowoczesny, wyposażony we wszelkie urządzenia balneolochniczne pawilon dla częściowych kąpieli mułowych. W r. 1937 stanął w Busku pawilon dla kąpieli mułowych ogólnych, urządzonych również z pełnym komfortem zarówno pod względem leczniczym jak technicznym, zapewniający maximum wygód. W rb. zakończono przebudowę pawilonu kąpieli siarczanych oraz zakładu przyrodoleczniczego, zaopatrując je w nowoczesne urządzenia hydro- i elektroterapeutyczne oraz w centralne ogrzewanie.

Zarówno Zakład jak i osiedle willowe jest skanalizowane i otoczone brukowanymi chodnikami, szeregiem nowych zieleńców itp.

Frekwencja wzrasta z każdym rokiem, a wyrazem zainteresowania społeczeństwa dla Buska jest utrzymywanie przez szereg poważnych instytucyj zakładów leczniczych, jak szpital wojskowy, Dom Zdrowia Z. U. S., Policyjny Dom Zdrowia, sanatorium dziecięce „Górka". Komisja Zdrojowa zaś prowadzi we własnym zakresie szpital sezonowy św. Mikołaja. przeznaczony dla niezamożnych chorych, co podkreśla społeczny charakter miejscowości.

KOMUNIKAT PRASOWY INSTYTUTU SPRAW SPOŁECZNYCH.

Zatrucia o których nie wiemy.

Zatrucie tlenkiem węgla należy do najbardziej rozpowszechnionych zatruć w życiu codziennym i w pracy zawodowej. Wszędzie, gdzie jest piec, palenisko, gdzie używa się gazu lub motorów spalinowych istnieje niebezpieczeństwo zatrucia tlenkiem węgla.

Znane są powszechnie zatrucia ostre tlenkiem węgla, jakie spotykamy np. przy zaczadzeniu wskutek utrudnienia odpływu gazów kominowych z pieca, lub zanieczyszczenia powietrza gazem świetlnym. Kosztowały one niejedno życie ludzkie. Niemniejsze znaczenie jednak mają także tzw. podostre zatrucia tlenkiem węgla. Chociaż zatrucie to nie przebiega w tak dramatycznych okolicznościach, jak ostre zatrucia tlenkiem węgla, tym nie mniej wywiera ono duży wpływ na zdrowie i jest tym niebezpieczniejsze, że w większości wypadków nie dochodzi ono do naszej świadomości.

Zatrucia podostre tlenkiem węgla występują przy niższym stężeniu tlenku węgla, jakie niejednokrotnie powstają w źle wentylowanych pomieszczeniach do pracy, w których znajdują się paleniska lub urządzenia gazowe. Osoby pracujące w takich pomieszczeniach skarżą się często na uporczywe bóle głowy, czasem pojawiają się nudności i wymioty, częste są skargi na uczucie jakby oszołomienia, zawroty głowy, szum w uszach itp. Są to wszystko objawy działania tlenku węgla. Gromadzi się on we krwi, w stężeniu, które nie wywołuje jeszcze objawów ciężkich zatrucia, prowadzących do utraty przytomności, lecz sprawa zatrzymuje się w okresie wstępnym jako zatrucie podostre.

Zatrucia te nie są obojętne dla zdrowia. Pozostawiają one niekiedy trwałe następstwa, głównie w postaci schorzeń systemu nerwowego.

Wszędzie, gdzie istnieje źródło tlenku węgla należy dbać o dobrą wentylację pomieszczeń do pracy. Częsta wymiana powietrza zapobiega powstawaniu szkodliwych stężeń tlenku węgla. Jeśli zaczyna boleć głowa, trzeba otworzyć okno i wypłukać szkodliwy gaz, ewentualnie opuścić pomieszczenie. Jeśli bóle głowy powtarzają się często, zbadać także instalację na szczelność i właściwe odprowadzanie gazów spalinowych.

Unikajcie zdradliwego działania tlenku węgla!

TREŚĆ

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel. 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175.

Drukarnia „Antiqua", St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.